

Collecte de données
Accueil-Analyse-Orientation-Référence
(AAOR)

NUMÉRO DE DOSSIER : P _____

NOM À LA NAISSANCE : _____

PRÉNOM : _____

SEXЕ : F M

DATE DE NAISSANCE : _____ AGE* : _____

Année / mois / jour

*si 0-21 ans (complétez page 3)

N.A.M. : _____ DATE D'EXPIRATION : _____
Année / mois

1 – ACCUEIL ET IDENTIFICATION

1.1 Usager

Adresse :			Numéro de téléphone :
Ville :	Province :	Code postal :	Autorisation à laisser un message sur la boîte vocale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Lieu de naissance :			Disponibilité de l'usager : AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>
Capacité à se déplacer : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez :			Langue de communication : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre :
			Besoin d'interprète : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
1.2 Intervenant pivot au dossier :			Direction / Service :
1.3 Médecin de famille ou IPS :			Nom du GMF ou Clinique médicale :
1.4 Personne-ressource :			Lien avec l'usager :
			Téléphone :

2 – INFORMATIONS DU RÉFÉRENT

Nom et prénom du référent :	Titre d'emploi :
Direction / Service :	Établissement / Organisme / GMF :
Téléphone :	Télécopieur :

3 – ANALYSE DE LA DEMANDE (ou joindre l'évaluation)

3.1 Demande formulée par l'usager et identification du besoin prioritaire

3.2 Demande formulée par le référent

3.3 Éléments déclencheurs

3.4 Diagnostic ou hypothèse diagnostique (Joindre les rapports si disponibles)

Collecte de données
Accueil-Analyse-Orientation-Référence
(AAOR)

NUMÉRO DE DOSSIER : P _____

NOM À LA NAISSANCE : _____

PRÉNOM : _____

SEXÉ : F M

DATE DE NAISSANCE : _____ AGE* : _____

Année / mois / jour

*si 0-21 ans (complétez page 3)

N.A.M. : _____ DATE D'EXPIRATION : _____
Année / mois

3.5 Antécédents et stratégie d'aide antérieure selon la nature de la demande

3.6 Facteurs de risque et de protection (ex : Réseau social, chute, etc.)

3.7 Risque suicidaire Requis Non-Requis

POUR LES PERSONNES FORMÉES À INTERVENIR AUPRÈS DE LA PERSONNE SUICIDAIRE À L'AIDE DES BONNES PRATIQUES :

Estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire Cote finale : Vert Jaune Orange Rouge

SI NON FORMÉ, POSER LES 3 QUESTIONS SUIVANTES :

Est-ce que l'usager pense au suicide actuellement ? Oui Non

Est-ce que l'usager a pensé au suicide dans les 3 derniers mois ? Oui Non

A-t-il fait une tentative de suicide dans la dernière année ? Oui Non Si oui, date :

SI L'USAGER RÉPOND « OUI » À L'UNE DES QUESTIONS PRÉCÉDENTES :

L'usager envisage-t-il un plan pour le suicide (moyen, lieu, moment) ? _____

L'usager est-il intoxiqué ou présente-t-il un enjeu lié à la consommation ? _____

L'usager est-il impulsif ? _____

L'usager a-t-il un réseau sur lequel il peut compter (filet de sécurité) ? _____

4. ORIENTATION ET RÉFÉRENCE

4.1 Pistes de solution (stratégie, intervention, entente, référence effectuée, conclusion)

4.2 Priorité

Tous (sauf DI-TSA-DP) : Code 100 : P1 – Urgent (0-72 heures) Code 150 : P2 – Prioritaire (14 jours) Code 200 : P3 – Élevé (30 jours)

DI-TSA-DP : Code 100 : P1 – Urgent (0-72 heures) Code 200 : P3 – Élevé (33 jours) Code 300 : P4 – Modéré (180 jours)

5. CONSENTEMENT

L'usager ou son représentant a été informé et consent à la référence et à la transmission de l'information à son sujet. Oui Non

Signature du référent : _____

Date : _____

À compléter si usager âgé entre 0 et 21 ans
Accueil-Analyse-Orientation-Référence
(AAOR)

NUMÉRO DE DOSSIER : P _____

NOM À LA NAISSANCE : _____

PRÉNOM : _____

SEXÉ : F M

DATE DE NAISSANCE : _____ AGE : _____
Année / mois / jour

N.A.M. : _____ DATE D'EXPIRATION : _____
Année / mois

1 – MILIEU DE GARDE

Fréquentation	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Nom de la garderie :
---------------	------------------------------	------------------------------	----------------------

2 – FRÉQUENTATION SCOLAIRE MOINS DE 21 ANS

Fréquentation scolaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Nom de l'école (obligatoire) :
Niveau scolaire :			

3 – COORDONNÉES DES PARENTS

Milieu de vie de l'enfant :	si habite chez ses parents (<i>compléter les informations ci-dessous</i>)		
<u>Nom et Prénom du parent / tuteur 1 :</u>	<u>Nom et Prénom du parent / tuteur 2 :</u>		
Nom :	Nom :		
Prénom :	Prénom :		
Lien avec l'usager :	Lien avec l'usager :		
<input type="checkbox"/> Même adresse que l'usager	<input type="checkbox"/> Même adresse que l'usager		
Adresse :	Adresse :		
Ville :	Ville :		
Code postal :	Code postal :		
Tél. (bureau) : poste :	Tél. (bureau) : poste :		
Tél. (cellulaire) :	Tél. (cellulaire) :		

Nom de la personne ayant la garde : Nom : Prénom :	Type de garde :
---	-----------------